

訪問看護
介護予防訪問看護

「リカバリースマイル」

重要事項説明書
利用料金表
利用契約書

株式会社リカバリータイムズ

_____様（以下「利用者」といいます。）と、リカバリースマイルを運営する株式会社リカバリータイムズ（以下「事業者」といいます。）は、事業者が利用者に対して提供する指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護（以下「訪問看護」といいます。）について、次の通り契約します。

（契約の目的と期間）

- 事業者は介護保険法その他関係法令、事業所運営規定および本契約書に従い、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指すことを目的として訪問看護を提供します。
- この契約の期間は、令和_____年_____月_____日から利用者の要介護または要支援の認定有効期間満了日までとします。ただし区分変更申請などによって契約期間中に要介護又は要支援の認定が更新される場合は、更新後の要介護又は要支援の認定有効期間満了日をこの契約期間の満了日とします。

重要事項説明書

この重要事項説明書は、利用契約書や当該事業所の運営規程の概要、従事者等の勤務体制等、利用者のサービスの選択に資すると認められる重要な事項を記したもので

1. 当社の概要

（1）事業主体（本社）

法人名	株式会社リカバリータイムズ
所在地	〒230-0071 神奈川県横浜市鶴見区駒岡 5-17-32 1階
代表者名	代表取締役 石田 輝樹
代表電話番号等	TEL 045-718-5702 FAX 045-642-4007
主たる業務の概要	介護保険法に基づく居宅サービス事業 介護保険法に基づく介護予防サービス事業 介護保険法に基づく第1号事業 健康保険法に基づく訪問看護事業

(2) 事業所

事業の種類	訪問看護・介護予防訪問看護	
事業所名	リカバリースマイル	
所在地	〒230-0071 神奈川県横浜市鶴見区駒岡 4-21-1 近藤ビル 101	
サテライト事業所名	リカバリースマイル師岡サテライト	
サテライト所在地	〒222-0002 神奈川県横浜市港北区師岡町824 ネッキビル1階	
電話番号等	TEL 045-718-6575 FAX 045-718-6582	
管理者氏名	石田 美佑貴	
介護保険事業所番号	1460190272	
指定年月日	平成28年3月1日	
通常の サービス提供地域	横浜市鶴見区	全域
	横浜市港北区	全域
	川崎市幸区	全域

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

2. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日、火曜日、水曜日、木曜日、金曜日
営業時間	8:30~17:30
休業日	土曜日、日曜日、祝日 12月30日~翌1月3日

3. 職員体制

管理者	1名	常勤兼務1名
看護職員	9名	常勤3名、非常勤6名
理学療法士	3名	常勤2名、非常勤1名
作業療法士	3名	常勤3名、非常勤0名

(令和6年9月1日現在)

4. 事業目的及び訪問看護（介護予防訪問看護）の内容

（1）事業の目的

事業所の保健師又は看護師、准看護師等（以下「看護職員」という。）が、要介護状態、または要支援状態にある高齢者に対し、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指すことを目的とした指定訪問看護又は指定介護予防訪問看護を提供します。

（2）訪問看護（介護予防訪問看護）の内容

訪問看護計画書 の作成	訪問看護の具体的な目標やサービス内容を計画、説明し、同意を得、交付した上でサービス提供を開始します。作成した計画書は主治医、ケアマネージャーに提出します。
サービス提供内容	計画に沿って、病状・障害の観察、清拭・洗髪等による清潔の管理・援助、食事（栄養）及び排泄等日常生活療養上の世話、褥創の予防・処置、認知症ケア、療養生活や介護方法の指導、カテーテル等の管理、リハビリテーション、その他医師の指示による医療処置、家族の支援等のサービス提供を行い、実施状況および評価を記録します。
訪問看護報告書 の作成	訪問看護計画の目標および内容、サービス実施状況や評価について報告書を作成し、本人およびその家族、代理人に説明します。また、主治医、ケアマネージャーに報告書を提出します。

※ 理学療法士、作業療法士がお伺いしているご利用者様につきまして

- ① 理学療法士、作業療法士による訪問看護はその訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりにサービスを提供致します。
- ② 訪問看護指示書の有効期間が6ヶ月以内であることを踏まえ、少なくとも概ね1ヶ月に1回程度の看護職員による訪問により、ご利用者様の健康状態の適切な評価を行うものとします。

5. サービスの利用開始

- (1) お電話等でご相談ください。
介護支援専門員に居宅サービス計画の作成を依頼している場合は事前にご相談下さい。
- (2) ご自宅にご訪問の上、サービスの内容、利用料金等をご説明させて頂きます。
- (3) 内容にご同意頂けましたら、利用契約を締結致します。
- (4) 主治医の訪問看護指示書、および介護支援専門員の居宅サービス計画書の交付を受けます。
- (5) 利用者の心身の状況等を踏まえて訪問看護計画を作成し、サービスをご提供します。

6. サービス利用にあたっての留意点

- (1) 原則として、サービス提供中の飲酒・喫煙は禁止とさせていただきます。
- (2) 暴言・暴力行為・不必要な身体接触や性的言動等の迷惑行為、販売勧誘活動、宗教活動及び政治活動、および非倫理的・反社会的とみなされる行為はご遠慮願います。
- (3) 利用者及びご家族からの金品等の授受はご遠慮させていただいております。
- (4) 看護は担当制ではありません。チーム制の為、複数名で対応する場合があります。その際は事前にご連絡、ご相談させていただきます。
- (5) 緊急対応などにより、到着時間が前後する場合があります。10分以上の大幅な遅れが生じる場合はご連絡いたします。ご了承ください。

7. 利用料金

介護保険から給付を受ける場合の利用料金は下記①～③の費用の合計額となります。

医療保険においても同様です。それぞれの費用の額については、別頁「利用料金表」をご覧ください。

- ① 医療保険・介護保険報酬に係る利用者負担分
- ② その他の費用
- ③ 交通費相当額（通常のサービス提供地域外への訪問時のみ）

※訪問看護提供中に利用者宅で使用する水道、ガス、電気等の費用は利用者の負担になります。

※訪問看護提供にあたり、主治医からの訪問看護指示書が必要となります。訪問看護の指示書期間は1～6ヶ月となっており、サービスを継続する場合は主治医に指示書継続の依頼を行ないます。訪問看護指示書の発行に係る料金は医療機関より利用者へ請求されます。

注1) 上記「介護報酬に係る利用者負担分」について、一般的には費用の9割から7割が市町村から事業者に直接支払われます。このため、利用者には残りの費用（1割から3割）のお支払いをいただくことになります。医療保険においても、費用の1割から3割のお支払いをいただくことになります。（「法定代理受領」）

注2) 利用者の状況等により法定代理受領が認められない場合は別紙「利用料金表」に記載の介護保険報酬額の全額を事業者にお支払い頂きます。その後、事業者からサービス提供証明書を発行致しますので、市町村窓口に保険給付分をご請求下さい。（「償還払い」）

注3) 上記の「その他の費用」、介護保険適用外のサービス、並びに介護保険の区分支給限度額を越えたサービス利用に関わる料金は全額自己負担となります。

8. サービス利用のキャンセル

(1) 予定日にご利用ができなくなった場合は、速やかに事業所までご連絡下さい。

TEL 045-718-6575 FAX 045-718-6582

(2) 利用者のご都合でサービスをキャンセルされる場合は、別頁「利用料金表」に定める通りご連絡時期によりキャンセル料を申し受けすることがあります。

9. 緊急時、事故発生時の対応方法

サービスのご利用中に利用者の容態の変化などがあった場合には、ご家族、主治医、救急隊、介護支援専門員等の関係機関へご連絡いたします。また、速やかに適切な対応を行った後、重大事故に関しては市町村への報告を致します。

10. 苦情の受付

(1) 事業所内のご相談窓口

リカバリースマイル	【TEL】 045-718-6575	【FAX】 045-718-6582
お客様相談窓口	【管理者】 石田 美佑貴	

※営業時間(8:30～17:30)外は留守番電話により受付し、後日折り返しにてご連絡致します。

(2) 施設外のご相談窓口

鶴見区 高齢・障害支援課	TEL 045-510-1770
港北区 高齢・障害支援課	TEL 045-540-2325
横浜市 介護事業指導課	TEL 045-671-2356
横浜市 福祉調整委員会事務局	TEL 045-671-4045
幸区 高齢・障害課	TEL 044-556-6619
川崎市 介護保険課	TEL 044-200-2678
神奈川県国民健康保険団体連合会（国保連）	TEL 045-453-6221

11. 情報の開示

事業者は、利用者に対する訪問看護の提供に関し作成した記録を、利用者及びその家族、代理人からの請求に応じてこれを閲覧させ、又は実費負担によりその複写物を交付するものとします。

12. 秘密保持について

事業者は、業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密及び個人情報について、法令に定める場合など「リカバリースマイル 利用契約書」に記載された使用目的を除き、**契約中及び契約終了後、第三者に開示・提供することはありません。**また、個人情報の適切な取扱いの為、「個人情報に関する法律」その他の規範を遵守致します。

1 3. 利用料金の支払方法

利用料金は、次のいずれかの方法でお支払いいただけますようお願い申し上げます。

口座自動引落し	サービスをご利用された月の翌月27日に、弊社が指定する金融機関からの自動引落しとします。
金融機関振込	サービスをご利用された月の翌月末までにお支払いください。 なお、振込手数料は利用者のご負担となります。
現金払い	サービスをご利用された月の翌月末までにお支払いください。

1 4. サービスの終了

(1) 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービス終了を希望する日の30日前までにお申し出ください。

(2) 当社の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない理由により、サービスの提供を終了させて頂くことがあります。

この場合は、終了の日の30日前までに文書にてご連絡いたします。

(3) 自動終了

以下の場合には、双方の通知がなくとも、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が医療施設に入院、又は介護保険施設に入所したとき
- ・利用者の要介護状態区分が非該当（自立）と認定されたとき
- ・利用者がお亡くなりになったとき

1 5. サービスの終了

- ・当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やその家族、代理人に対し社会通念を逸脱する行為を行った場合、当社が破産した場合、利用者は即座にサービスを終了することができます。
- ・利用者が利用料金の支払いを3か月分以上滞納し、期限を定めて再三催告したにもかかわらず、その期限までに未納となっている利用料金をお支払いいただけない場合、利用者やご家族等が当社および従業者に対して本契約を継続し難いほどの不诚信行為を行ったと認められる場合には、文書で通知することにより即座にサービスを終了させていただく場合がございます。
- ・地震等の天災、その他事業者の責に帰すことのできない事由によりサービスの実施が困難となった場合には、サービスを終了させていただく場合がございます。この場合もそれまでにご利用されたサービス分の料金をお支払いいただきます。

介護保険利用料金表

2024年6月1日～

利用料金は、下記の1から3までの費用の合算額とします。

記

1. 介護報酬に係る利用者負担分

要支援認定の方の場合（要支援1、要支援2）

	サービス・加算内容	介護報酬 単位	介護報酬額 (円)	利用者 負担額 1割 (円)	利用者 負担額 2割 (円)	利用者 負担額 3割 (円)
訪問看護費（1回につき）	所要時間 30分未満	451	5,015	502	1,003	1,505
	30分以上1時間未満	794	8,829	883	1,766	2,649
	1時間以上1時間30分未満	1,090	12,120	1,212	2,424	3,636
	※准看護師による訪問の場合	上記単位数の 90%				
理学療法士等による訪問 20分	284	3,158	316	632	948	
	※1日に3回以上訪問看護を提供する場合	142	1,579	158	316	474
※理学療法士等が利用開始日の属する月から12月超の利用者に指定介護予防訪問看護を行った場合は、1回につき15単位減算とする。 ※昨年度における理学療法士等の訪問回数が看護職員の訪問回数を超えていた場合、または「緊急時訪問看護加算（Ⅰ）」「緊急時訪問看護加算（Ⅱ）」「特別管理加算」「看護体制強化加算（Ⅰ）」のいずれも算定していない場合は、理学療法士等の訪問看護費から1回の訪問につき8単位減算とする。						

要介護認定の方の場合（要介護1～5）

	サービス・加算内容	介護報酬 単位	介護報酬額 (円)	利用者 負担額 1割 (円)	利用者 負担額 2割 (円)	利用者 負担額 3割 (円)
訪問看護費（1回につき）	所要時間 30分未満	471	5,237	524	1,048	1,572
	30分以上1時間未満	823	9,151	916	1,831	2,746
	1時間以上1時間30分未満	1,128	12,543	1,255	2,509	3,763
	※准看護師による訪問の場合	上記単位数の 90%				
理学療法士等による訪問 20分	294	3,269	327	654	981	
	※1日に3回以上訪問看護を提供する場合	265	2,946	295	590	884
※昨年度における理学療法士等の訪問回数が看護職員の訪問回数を超えていた場合、または「緊急時訪問看護加算（Ⅰ）」「緊急時訪問看護加算（Ⅱ）」「特別管理加算」「看護体制強化加算（Ⅰ）」のいずれも算定していない場合は、理学療法士等の訪問看護費から1回の訪問につき8単位減算とする。						

※医療処置等の内容により、既定の時間を超過した場合は、訪問時間と相応のご利用料をいただく場合があります。ご家族との相談等で10分以上の大幅な時間超過についても同様の対応となる事があります。どちらの場合も必ずケアマネージャーに連絡いたします。

	サービス・加算内容	介護報酬 単位	介護報酬額 (円)	利用者 負担額 1割 (円)	利用者 負担額 2割 (円)	利用者 負担額 3割 (円)
加算	初回加算（Ⅰ） 退院日に訪問	350	3,892	390	779	1,168
	初回加算（Ⅱ） 退院日翌日以降に訪問	300	3,336	334	668	1,001
	長時間訪問看護加算	300	3,336	334	668	1,001
	複数名訪問看護加算（Ⅰ） 所要時間 30分未満	254	2,824	283	565	848
	所要時間 30分以上	402	4,470	447	894	1,342
	複数名訪問看護加算（Ⅱ） 所要時間 30分未満	201	2,235	224	447	671
	所要時間 30分以上	317	3,526	353	705	1,058
	退院時共同指導加算	600	6,672	668	1,335	2,002
	特別管理加算Ⅰ	500	5,560	556	1,112	1,668
	特別管理加算Ⅱ	250	2,780	278	556	834
	緊急時訪問看護加算（Ⅰ）	600	6,672	668	1,335	2,002
	ターミナルケア加算	2,500	27,800	2,780	5,560	8,340
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	3	33	4	7	10
訪問時間等による加算	早朝（6:00～8:00）	基本単位 25%増				
	夜間（18:00～22:00）	基本単位 25%増				
	深夜（22:00～6:00）	基本単位 50%増				

自己負担
計算方法

$$\begin{array}{l}
 \text{① 月間総単位数} \times \text{地域別単価 (11.12)} = \text{介護報酬額 (少数点以下切り捨て)} \\
 \\
 \text{② 介護報酬額} - \begin{array}{l} \text{1割負担の方…介護報酬額} \times 0.9 \text{ (少数点以下切り捨て)} \\ \text{2割負担の方…介護報酬額} \times 0.8 \text{ (少数点以下切り捨て)} \\ \text{3割負担の方…介護報酬額} \times 0.7 \text{ (少数点以下切り捨て)} \end{array} = \text{利用者負担額}
 \end{array}$$

注1) 月間総単位数により計算するため、実際のご請求額は上記額の合計と差が生じる場合があります。

注2) リカバリースマイルの介護報酬額は1単位=11.12円（二級地）で算定します。（小数点以下切り捨て）

注3) 「利用者負担額」は、法定代理受領サービスでのご利用の場合の料金です。

注4) 区分支給限度額を超えたサービス提供分については上記「介護報酬額」の全額のご負担となります。

注5) 訪問看護指示書が未着の場合、自費サービス料金でのサービス提供となる場合があります。

注6) 要支援認定の方に対しての理学療法士等による訪問は原則40分のご案内となります。

＜加算料金表明細＞

名称	料金（単位）	説明
初回加算（Ⅰ）	350単位	新たに指定訪問看護を開始する場合 過去2ヵ月間利用がなく、新たに訪問看護計画書を作成し、指定訪問看護を行う場合 要支援から要介護への区分変更した場合 病院等から退院した日に初回の訪問看護を行った場合
初回加算（Ⅱ）	300単位	新たに指定訪問看護を開始する場合 過去2ヵ月間利用がなく、新たに訪問看護計画書を作成し、指定訪問看護を行う場合 要支援から要介護への区分変更した場合 病院等から退院した日の翌日以降に初回の訪問看護を行った場合
長時間訪問看護加算	300単位	特別な管理を必要とする利用者に対し、60分以上90分未満の指定訪問看護を行った後に、引き続き指定訪問看護を行い、所要時間を通算した時間が90分を超えている場合
複数名訪問看護加算（Ⅰ） 所要時間30分未満	254単位	厚生労働大臣が定める基準を満たす利用者で、複数の看護師等が同時に指定訪問看護を行った場合
所要時間30分以上	402単位	
複数名訪問看護加算（Ⅱ） 所要時間30分未満	201単位	厚生労働大臣が定める基準を満たす利用者で、1名の看護師等と1名の看護補助者が指定訪問看護を行った場合
所要時間30分以上	317単位	
退院時共同指導加算	600単位	病院等に入院入所している利用者が、退院退所するにあたり、退院時に主治医等と共同で療養上必要な指導を行った場合
特別管理加算Ⅰ	500単位	特別な管理を必要とする利用者に対して、指定訪問看護の実施にあたり計画的な管理を行った場合
特別管理加算Ⅱ	250単位	
緊急時訪問看護加算	600単位	事業所が利用者の同意を得て、24時間連絡体制と必要に応じて緊急訪問を行う体制にある場合 緊急時訪問における看護業務の負担の軽減に寄与する十分な業務管理等の体制の整備が行われている場合
ターミナルケア加算	2,500単位	在宅で死亡した利用者に対して、死亡日および死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを実施した場合
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	3単位	従業者の個別の研修計画の作成及び研修の実施、定期的な健康診断の実施、定期的な情報共有の会議を開催、看護師等の従業者のうち30%以上が3年以上勤務している場合

名称	料金（単位）	説明
夜間・早朝加算	基本単位25%増	夜間（18:00～22:00）、早朝（6:00～8:00）に利用者の求めに応じて指定訪問看護を行った場合
深夜加算	基本単位50%増	深夜（22:00～翌6:00）に利用者の求めに応じて指定訪問看護を行った場合

2. その他の費用

項目	自費サービス料金	
訪問看護（1回につき）	所要時間 30分	5,237円（税込価格5,760円）
	60分	9,151円（税込価格10,066円）
	90分	12,543円（税込価格13,797円）
	180分	25,086円（税込価格27,594円）
	理学療法士等による訪問 60分	8,838円（税込価格9,721円）
	80分	11,784円（税込価格12,962円）
	120分	17,676円（税込価格19,443円）
料金キャンセル	当日	5,000円（税込価格5,500円）
	前日17時30分以降	2,000円（税込価格2,200円）
交通費	片道5km未満	200円（税込価格220円）
	片道5km以上10km未満	300円（税込価格330円）

項目	金額
死後の処置代	20,000円（税込価格22,000円）

医療保険利用料金表

2024年6月1日～

	サービス・加算内容	診療報酬 (円)	利用者 負担額 1割 (円)	利用者 負担額 2割 (円)	利用者 負担額 3割 (円)
訪問看護費 (1回につき)	訪問看護基本療養費（Ⅰ） 看護師等の場合 週3日目まで 1日につき	5,550	555	1,110	1,665
	週4日目以降 1日につき (理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を除く)	6,550	655	1,310	1,965
	訪問看護基本療養費（Ⅰ） 准看護師の場合 週3日目以降 1日につき	5,050	505	1,010	1,515
	週4日目以降 1日につき (理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を除く)	6,050	605	1,210	1,815
	訪問看護基本療養費（Ⅰ） 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合	12,850	1,285	2,570	3,855
	訪問看護基本療養費（Ⅲ）	8,500	850	1,700	2,550
	訪問看護管理療養費 訪問看護師が月に一度皮膚の状態を確認する場合 初日のみ 月に1回算定	7,670	767	1,534	2,301
	訪問看護管理療養費 1 2日目以降 1日につき	3,000	300	600	900
	*週4日以上の訪問は次に該当する方に限る。 厚生労働大臣が定める疾病等の方、特別訪問看護指示書期間中の方、特別管理加算対象の方。				
	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ） 月に1回	780	78	156	234
加算	難病等複数回訪問加算 1日2回 1日3回以上	4,500 8,000	450 800	900 1,600	1,350 2,400
	長時間訪問看護加算	週に1回	5,200	520	1,040
	24時間対応体制加算 看護業務の負担軽減の取り組みを行っている場合	月に1回	6,800	680	1,360
		上記以外の場合	6,520	652	1,304
	緊急訪問看護加算 月14日目まで	1日につき	2,650	265	530
		1日につき	2,000	200	400
	複数名訪問看護加算 看護師等の場合 準看護師の場合 看護補助者の場合	週に1回	4,500 3,800 3,000	450 380 300	900 760 600
		週に3回	900	1,140	
					900

	特別管理加算	重症度高い場合	月に 1 回	5,000	500	1,000	1,500
		上記以外	月に 1 回	2,500	250	500	750
	退院時共同指導加算		初回訪問時	8,000	800	1,600	2,400
	特別管理指導加算			2,000	200	400	600
	退院支援指導加算	退院日翌日以降の初回訪問時		6,000	600	1,200	1,800
	在宅患者連携指導加算		月に 1 回	3,000	300	600	900
	訪問看護ターミナルケア療養費 1			25,000	2,500	5,000	7,500
	訪問看護情報提供療養費 1		月に 1 回	1,500	150	300	450
	訪問看護情報提供療養費 2		月に 1 回	1,500	150	300	450
	訪問看護情報提供療養費 3		月に 1 回	1,500	150	300	450
	乳幼児加算	厚生労働大臣が定める者に該当する場合	1 日につき	1,800	180	360	540
		上記以外の場合	1 日につき	1,300	130	260	390
	訪問看護医療 DX 情報活用加算			50	5	10	15
	夜間・早朝訪問看護加算	早朝 (6:00~8:00) 夜間 (18:00~22:00)		2,100	210	420	630
	深夜訪問看護加算	深夜 (22:00~6:00)		4,200	420	840	1,260

	サービス内容	利用料 (円)
保険適応外料金	超過料金 (90 分を超えた場合)	30 分毎 2,000 円 (税込 2,200 円)
	営業日以外の訪問にかかる料金	土・日 (90 分までの訪問料金) 2,000 円 (税込 2,200 円)
		土・日 (90 分を超える訪問料金) 30 分毎 2,000 円 (税込 2,200 円)

〈保険単位と基本利用料〉

後期高齢者 (75 歳以上)	1 割、現役並み所得者は 3 割		
健康保険	国民健康保険	高齢受給者 (70 歳~74 歳)	2 割、現役並み所得者は 3 割
		一般 (70 歳未満)	3 割 (6 歳未満は 2 割)

＜加算料金表明細＞

名称	料金	説明
難病等複数回訪問加算	1日2回：1日につき4,500円 1日3回以上：1日につき8,000円	厚生労働大臣が定める疾病等の利用者
長時間訪問看護加算	週に1回、5,200円	厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対して1回の訪問看護の時間が90分を超えた場合。 ただし、15歳未満の超重症児、準超重症児、特別な管理を要する利用者に限り、週3回算定できる。
24時間連絡対応体制加算	看護業務の負担軽減の取り組みを行っている場合月に1回、6,400円 上記以外の場合 6,520円	必要時の緊急訪問に加えて、営業時間外における利用者や家族への指導等による日々の状況の適切な管理といった対応やその体制整備がある場合
緊急訪問看護加算	月14日目まで1日につき：2,650円 月15日目以降1日につき：2,000円	利用者・家族の求めに応じて診療所または在宅療養支援病院の主治医の指示により、緊急の訪問を行い、日時、内容及び対応状況を訪問看護記録書に記録する場合。 加算を算定する理由を訪問看護療養費明細書に記載する
複数名訪問看護加算	所定額を算定する訪問看護を行なう看護職員が①～③と同時にサービスを行なう場合 ① 看護師及び理学療法士・作業療法士・言語聴覚士：4,500円（週に1回） ②准看護師：3,800円（週に1回） ③看護補助者：3,000円（週に3回）	週1回～（同行者により変化） (1) 末期の悪性腫瘍等の利用者 (2) 特別訪問看護指示期間中で訪問看護を受けている利用者 (3) 特別な管理を必要とする利用者 (4) 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為が認められる利用者 (5) 利用者の身体的理由により一人の看護師によるサービスが困難と認められる利用者（看護補助者に限る）
特別管理加算 (重症度等の高い場合)	月1回、5,000円	(1) 在宅悪性腫瘍等患者指導管理を受けている状態にある利用者 (2) 在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある利用者 (3) 気管カニューレの使用を受けている状態にある利用者 (4) 留置カテーテルの使用を受けている状態にある利用者

名称	料金	説明
特別管理加算 (上記以外の特別な管理 が必要な場合)	月1回、2,500円	<p>(1) 下記を受けている状態にある者利用者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅自己腹膜灌流指導管理 ・在宅血液透析指導管理 ・在宅酸素療法指導管理 ・在宅中心静脈栄養法指導管理 ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理 ・在宅自己導尿指導管理 ・在宅人口呼吸指導管理 ・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 ・在宅自己疼痛管理指導管理 ・在宅肺高血圧症患者指導管理 <p>(2) 人工肛門または人口膀胱の設置している状態にある者</p> <p>(3) 真皮を越える褥瘡の状態にある利用者</p> <p>(4) 在宅患者訪問点滴注射管理指導料の算定している利用者</p>
退院時共同指導加算	初回訪問時に8,000円	入院入所中で退院退所後に訪問看護を受けようとする利用者に対し入院施設などにおいて共同して指導を行った場合
特別管理指導加算	退院時共同指導加算に追加し 2,000円	退院後、特別な管理が必要な利用者に対して、退院時共同指導を行った場合。
退院支援指導加算	退院日翌日以降の初回訪問時に 6,000円	退院日に該当保険医療機関以外において療養上必要な指導を行った場合 長時間の訪問を要する者に対して指導を行った場合にあっては、指導の時間が90分を超えた場合または複数回の指導の合計時間が90分を超えた場合に限る
在宅患者連携指導加算	月1回、3,000円	訪問診療、歯科訪問診療を実施している保険医療機関、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書により情報共有と療養上必要な指導を行った場合
ターミナルケア療養費1	1回に限り25,000円	死亡日および死亡日前14日以内2回以上訪問し、在宅で死亡時に24時間以内に訪問しターミナルケアを行った場合
訪問看護情報提供療養費1	利用者1人につき月1回に限り 1,500円	厚生労働大臣が定める疾病的利用者のうち、当該市町村等からの求めに応じて情報を提供した場合
訪問看護情報提供療養費2	利用者1人につき月1回に限り 1,500円	厚生労働大臣が定める疾病的利用者のうち、当該義務教育諸学校に、入学時、転学時等により初めて在籍することとなる利用者について、当該義務教育諸学校からの求めに応じて情報を提供した場合
訪問看護情報提供療養費3	利用者1人につき月1回に限り 1,500円	保険医療機関等に入院し、又は入所する利用者について情報を提供した場合

名称	料金	説明
乳幼児加算	厚生労働大臣が定める者に該当する場合1日につき1,800円 上記以外の場合1日につき1,300円	厚生労働大臣が定める者 ・超重症児又は準超重症児 ・特掲診療料の施設基準等別表第七に該当する疾病等の小児 ・特掲診療料の施設基準等別表第八に該当する小児
夜間・早朝訪問看護加算	1日につき、それぞれ2,100円	利用者の求めに応じて訪問看護を行った場合。
深夜訪問看護加算	1日につき、4,200円	利用者の求めに応じて訪問看護を行った場合。
訪問看護医療 DX情報活用加算	月に1回、50円	オンライン資格確認により利用者の診療情報を取り得し訪問看護の実施に関する計画的な管理を行う場合

- * 上記の基本料金に加算を加えた金額の保険自己負担分（1～3割）をお支払いいただきます
- * 訪問看護指示書が未着の場合、自費サービス料金でのサービス提供となる場合があります。

3. 通常のサービス提供地域外への訪問に要する費用

運営規程に定める「通常のサービス提供地域」外にお住まいの方につきましては、通常のサービス提供地域を超えた地点から実走路距離で片道1kmあたり50円（税込）を、訪問に要する交通費として別途ご請求させていただきます。（1km未満切上にて計算）

<u>1回あたりの交通費</u> (エリア外にお住まいの利用者のみ)	なし	あり	片道 _____ km (1km未満切上) × 50円 × 往復分 = ご利用1回あたりの交通費 _____ 円
---------------------------------------	----	----	---

キャンセル料規程

ご連絡時期	キャンセル料
サービス利用前日の17:30まで	無料
サービス提供日の当日8:30まで (留守番電話にメッセージを残してください。)	介護報酬額の25%
上記以降/ご連絡なし	介護報酬額の100%

ケアマネージャーが作成・交付する居宅サービス提供表に予定されたサービスの利用を利用者の都合により中止した場合、連絡時期によりキャンセル料をいただきます。なお、やむを得ない事情（当日の体調不良、転倒などによる当日通院など）によるキャンセルの場合はご相談ください。訪問時間の調整も行わせていただきます。

注) 1円未満は切り上げて計算します。なお、キャンセル料はご利用料金と合わせてご請求させていただきます。

料金の目安

□ 介護保険

訪問予定曜日・時間

曜日	:	～	:	看護	・ リハビリテーション
曜日	:	～	:	看護	・ リハビリテーション
曜日	:	～	:	看護	・ リハビリテーション

看護	介護度	30分	60分	90分
	要支援	451単位	794単位	1,090単位
	要介護	471単位	823単位	1,128単位

リハビリ	介護度	20分	20分 (3回／1日以上)
	要支援	284単位	142単位
	要介護	294単位	265単位

前年度の理学療法士等の訪問回数超過等減算対象にて8単位減算して計算しております。

初月料金の目安 (週 ____ 回利用時 ____ 年 ____ 月 利用予定回数 ____ 日)

保険内料金	訪問看護費 (看護)	約 _____ 円	×	_____ 日
	訪問看護費 (リハ)	約 _____ 円	×	_____ 日
	初回加算	約 _____ 円	×	_____ 日
	サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	約 _____ 円	×	_____ 回
		約 _____ 円	×	_____ 日
保険外料金	(エリア外交通費)	_____ 円	×	_____ 回

合計 初月のみ 約 _____ 円 (+ 実費負担分)

月額料金の目安 (4週/月を基準とします) (週 看護____回 リハ____回利用時)

保険内料金	訪問看護費 (看護)	約 _____ 円	×	_____ 日
	訪問看護費 (リハ)	約 _____ 円	×	_____ 日
	サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	約 _____ 円	×	_____ 回
		約 _____ 円	×	_____ 日
		約 _____ 円	×	_____ 日
保険外料金	(エリア外交通費)	_____ 円	×	_____ 回

合計 1ヶ月あたり 約 _____ 円 (+ 実費負担分)

前年度の理学療法士等の訪問回数超過等減算対象にて訪問看護費 (リハ) は8単位減算して計算しております。

□ 医療保険

訪問予定曜日・時間

曜日 :

- 看護 • リハビリテーション
- 看護 • リハビリテーション
- 看護 • リハビリテーション

月額料金の目安（4週/月を基準とします）

保険内料金	訪問看護基本療養費（看護）	約 _____ 円 × _____ 日
	訪問看護基本療養費（リハ）	約 _____ 円 × _____ 日
	訪問看護管理療養費（初日）	約 _____ 円 × _____ 日
	訪問看護管理療養費（2日目以降）	約 _____ 円 × _____ 日
	加算	約 _____ 円 × _____ 日
		約 _____ 円 × _____ 日
		約 _____ 円 × _____ 日
保険外料金	（エリア外交通費）	_____ 円 × _____ 回
合計	1ヶ月あたり 約 _____	円 (+ 実費負担分)

□ **自費**

訪問予定曜日・時間

曜日 : ~ :

- 看護 • リハビリテーション
- 看護 • リハビリテーション

月額料金の目安（4週/月を基準とします）

(週 看護____回 リハ____回利用時)

看護師による訪問 _____ 分 _____ 円 × _____ 日
理学療法士による訪問 _____ 分 _____ 円 × _____ 日
(エリア外交通費) _____ 円 × _____ 回

1ヶ月あたり 約 円 (+ 実費負担分)

重要事項、および費用の支払いについて文書を交付し、説明しました。

令和 年 月 日

重要事項、および費用の支払いについて文書を交付、説明を受け同意をしました。

令和 年 月 日 利用者名

利用者家族：_____
(代理人)

個人情報使用同意書

本契約に付隨し、事業者が本契約を適正に履行しサービスを提供するために、利用者及びその家族、代理人の個人情報について、次に記載するところにより使用・提供することと定めます。

1 使用目的

- (1) サービスの提供
- (2) 介護保険請求事務、利用料金請求事務（口座振替業務委託先への情報提供を含む）
- (3) サービス担当者会議および関連する介護支援専門員、介護事業者、団体との連絡調整
- (4) 救急搬送、通院等対応時の救急隊、医療機関および関係機関への情報提供
- (5) 介護保険法の規定による市区町村等への報告、文書提出若しくは提示
- (6) 損害賠償保険等に係る保険会社等への相談または届出
- (7) 実習およびボランティアの受け入れ
- (8) 論文執筆、学会発表等（個人を特定できない形での統計データ利用に限る。）

2 使用期間

本利用契約書第2条に定める契約の有効期間中

および法令に定められる書類保存期間が満了する年度の末日まで

（利用終了後2年間、提供した訪問看護の具体的な内容等の記録については5年間）

3 使用する条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、関係者以外に漏れることのないよう細心の注意を払う
- (2) サービス担当者会議等において個人情報を使用した場合、相手、内容等の経過を記録する

4 写真の使用について

当社で作成する広報資料、ホームページ等へ利用者個人を特定できる写真を掲載する場合、掲載可否のご意向に基づき使用することとします

お写真の掲載可否 (○をつけてください)	使用可	掲載の都度確認	使用不可
-------------------------	-----	---------	------

上記の契約事項について説明を受け、同意致しましたので契約を致します。上記の契約の成立を証するため、この契約書を作成し、利用者及び事業者が記名の上、各自その1通を所持します。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____

ご家族
(代理人) 住所 _____

氏名 _____

(事業者) 神奈川県横浜市鶴見区駒岡5-17-32 1階
株式会社リカバリータイムズ

(代表取締役) 石田 輝樹

印

